

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/10 12 10	4-Data de Autorização 11/11/10	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 394164	7-Data Validade da Sentença 10/09/11 12 11
--------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1010120121512141717141610101415181011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KRONA TUBOS E CONEXÕES DO	11-Data Validade da Carteira 11/11/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome GILVAN ANGELO REGO DOS PASSOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GILVAN ANGELO REGO DOS PASSOS
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JEFERSON FERNANDO MARTINS	18-Número no CRO 3297	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1912341012161181712111	22-Nome do Contratado Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS	23-Número no CRO 3297	24-UF AL	25-Código CNES
---	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS	27-Número no CRO 3297	28-UF AL	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1.	001	81101010571	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		11	13141010	0,00			11/11/10	R\$	11/11/10
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(ram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
 Paciente com quadro de púrpura trombocitopênica trombótica, em tratamento com heparina e aspirina, com exames de sangue em acompanhamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/10
---	---	---	---